

## Instrucciones para ayudarlo a completar la solicitud SHOP de apelación de elegibilidad del empleador



### Use el formulario adecuado para solicitar una apelación

- Este formulario está destinado a los empleados que solicitaron participar en el Mercado del Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP, por sus siglas en inglés)
- Si se le denegó la elegibilidad para participar como empleador en el Mercado SHOP facilitado federalmente, puede solicitar una apelación.
- Si su empresa no es elegible para participar en SHOP, puede volver a presentar su solicitud cada mes.
- Algunos estados operan su propio SHOP. Si no está seguro de que este formulario sea el correcto para usted, visite [CuidadoDeSalud.gov/small-businesses](https://www.CuidadoDeSalud.gov/small-businesses) y obtenga más información acerca del SHOP de su estado.
- Visite [CuidadoDeSalud/marketplace-appeals](https://www.CuidadoDeSalud.gov/marketplace-appeals) y obtenga más información acerca de las apelaciones del Mercado.



### Período de tiempo para solicitar una apelación

Debe recibir su solicitud de apelación **en un plazo de 90 días** desde la fecha del aviso de elegibilidad de SHOP que está apelando.



### Cómo enviar este formulario

Complete y firme este formulario y envíelo con **copias** de cualquier documentación complementaria a la dirección que aparece a continuación.

**Mercado de Seguros Médicos  
Departamento de Salud y Servicios Humanos  
465 Industrial Blvd. London, KY 40750-0061**

O envíe el formulario y los documentos por fax a una línea segura de fax:  
1-877-369-0131.

Mantenga copia de todos los formularios en su registro.



### Cómo enviar información adicional

Puede presentar información adicional junto con este Formulario de solicitud de apelación para respaldar su apelación. Envíe sólo copias. Mantenga todos los documentos originales. Vamos a considerar toda la información enviada a tiempo al hacer una determinación final. Presente toda la información disponible cuando envíe este Formulario de solicitud de apelación.



### ¿Qué ocurre después?

- 1. Nos comunicaremos con usted.** Le enviaremos un aviso para informarle que recibimos su solicitud de apelación. En él se explican el proceso de apelación, y las instrucciones para el envío de información adicional, si es necesario. Usted tiene 15 días a partir de la fecha de este aviso para enviar cualquier información adicional si es necesaria. En caso de que haya un problema con la solicitud de apelación, como por ejemplo falta alguna información le explicaremos cómo corregirlo. También le enviaremos un aviso a su empleador sobre la apelación. Su empleador puede enviar información para reforzar su apelación.
- 2. Revisaremos su informaci3.** Su solicitud de apelación será revisada con la información usada por el Mercado SHOP para determinar su elegibilidad.
- 3. Le enviaremos una decisión sobre su apelación.** Una decisión final será enviada por correo en los próximos 90 días después de que hayamos recibido su solicitud de apelación.



## Ayuda adicional

### Servicios de ayuda con el idioma

Si necesita asistencia solicitando una apelación en un idioma que no sea el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Llame al Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751. El horario de atención es de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. hora del Este (ET).

### Accesibilidad

Para solicitar formularios y avisos de apelación en un formato alternativo como Braille, letra grande, CD de datos, CD de audio o para solicitar un lector calificado, puede llamar al Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-739-2231. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:30 p.m. Hora del Este (ET); y sábados de 10:00 a.m. a 5:30 p.m. (ET). También puede hacer una solicitud por escrito por fax (1-877-360-0130) o enviarla por correo postal (Centro de Apelaciones del Mercado, P.O. Box 311, Pittston, PA 18640). Los alojamientos son ofrecidos sin costo alguno para usted.

Para enviar su solicitud de apelación, consulte "Cómo presentar este formulario" en la página 1 de estas instrucciones.



## Preguntas

Para más información, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/small-businesses/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/small-businesses/).

### Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites (PRA)

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (PRA en inglés) las personas no están obligadas a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1213. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es aproximadamente 1 hora por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850. **\*\* Exención de responsabilidad de CMS \*\* No envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, registros médicos ni ningún documento que contenga información confidencial a la Oficina de Liquidación de Informes de la PRA. Favor de tener en cuenta que cualquier correspondencia no asociada a la recopilación de información aprobada bajo el número de control OMB afiliado con en este formulario, no será revisada, reenviada ni retenida. Si tiene preguntas o inquietudes sobre dónde enviar sus documentos, comuníquese con el Centro de Apelaciones del Mercado.**

### Privacidad y Uso de Su Información

El Mercado de Seguros Médicos protege la privacidad y seguridad de la información de identificación personal que proporcionó. Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/individual-privacy-act-statement/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/individual-privacy-act-statement/). Estamos autorizados a recopilar la información en este formulario y cualquier documentación adicional, incluyendo números de Seguro Social, de acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud aBajo Precio (Ley Pública No. 111-148), enmendada por la Ley de Reconciliación del Cuidado de la Salud y la Educación de 2010 (Ley Pública No. 111-152), y según las regulaciones implementadas en 45 CFR parte 155, subparte F, y el Acta del Seguro Social. Para más información sobre la privacidad y seguridad de su información, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/privacy/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/privacy/).

### No discriminación

El Mercado de Seguros Médicos no excluye, niega beneficios a, o de otra manera discrimina contra cualquier persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad. Si piensa que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estas razones, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles: llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visitando [hhs.gov/ocr/civilrights/complaints](https://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints), o escribiéndole a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos/ 200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.





